DISSERTATION

N° 153.

SUR

LA CATARACTE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 juillet 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR HÉGÉSIPE-LÉOPOLD-FRANÇOIS DUVAL, d'Argentan,

Département de l'Orne;

Quæ medicamenta non sanant, ferrum sanat.
HIPP., sect. 6, aph. 8.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Suppléant.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Président.*
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS, *Examinateur.* / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux, *Examinateur.*
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau, *Examinateur.*
Devergie.	Velpeau, *Suppléant.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

H.-L.-F. DUVAL.

DISSERTATION

SUR

LA CATARACTE.

La cataracte, désignée, en suivant l'ordre chronologique, sous les diverses dénominations de *glaucosis*, d'*hypochyma*, *gutta obscura*, *suffusio*, etc., par Hippocrate, les Grecs, les Arabes et les Latins, est cette affection caractérisée soit par l'opacité du cristallin, de la capsule cristalline, ou l'altération de l'humeur de *Morgagni*.

Les anciens pensaient que la cataracte dépendait de l'existence d'une pellicule ou membrane de nouvelle formation dans la chambre postérieure de l'œil. Dire qu'il en est toujours ainsi, c'est avancer un fait inexact; mais assurer, avec quelques écrivains, que cela n'est jamais, c'est aussi, je crois, commettre une erreur.

La membrane cristalline, dit *Bichat*, enveloppe le cristallin de toutes parts, en lui formant un sac sans ouverture. Plus loin, le même auteur ajoute : « Entre la capsule et le cristallin, on trouve un fluide nommé *humeur de* Morgagni. » Si l'auteur que je cite n'a pas dit précisément : c'est une membrane séreuse, ne laisse-t-il pas assez entendre que c'était son idée? Et, comme il est dans la nature des sé-

reuses de former de fausses membranes lorsqu'elles ont été enflammées, je ne vois pas en quoi l'opinion des anciens serait erronée.

Remi Lasnier, vers l'an 1600, fut, d'après *Gassendi*, le premier qui démontra que la cataracte provenait souvent de l'opacité du cristallin; suivant quelques critiques modernes, l'honneur de cette découverte appartiendrait à *François Quarré*. Au reste, cette opinion, corroborée par les observations de *Jean Palfyn*, *Pierre Borelli*, médecin du roi de France; *Werner Rolfink*, célèbre anatomiste, etc., fut abandonnée et presque entièrement oubliée jusqu'à la fin du dix-septième siècle, où *Pierre Brisseau*, médecin de Douay, *Maître-Jean*, *Boërhaave*, *Lapeyronie*, *Morand*, etc., etc., vinrent enfin retirer cette vérité de l'oubli et la mettre hors de doute.

Pierre Guérin, chirurgien de Lyon, prouva également, en 1660, que l'humeur de *Morgagni* pouvait seule être altérée; M. *Ribes* pense que ce fluide est une dépendance du cristallin, et qu'il lui est analogue. Le cristallin ne peut-il pas être considéré, dit M. *Poutier*, dans sa thèse inaugurale, comme solide au milieu, et devenant successivement plus mou, à mesure que les couches qui le forment s'approchent de sa capsule. Pour justifier cette opinion par l'expérience, ajoute M. *Clément*, on peut soumettre à l'ébullition un cristallin recouvert de sa capsule : en coupant ensuite ce corps verticalement d'une face à l'autre, on voit qu'il est formé de couches concentriques superposées, d'une nature identique soit au milieu, soit à la circonférence.

Comme cette manière de voir n'est pas encore admise, je continuerai à considérer cette humeur comme un fluide particulier.

J'admettrai alors trois espèces de cataractes suivant que l'opacité aura son siége dans le cristallin, la capsule ou l'humeur de *Morgagny*. On en a, je le sais encore, admis deux autres, suivant que la capsule était opaque à sa face antérieure ou à sa partie postérieure (*Janin*), ou que les diverses cataractes ci-dessus énoncées se trouvaient réunies.

Ce qui me fait rejeter ces deux dernières espèces, c'est que je ne

crois pas que l'obscurcissement se circonscrive à telle ou telle face, l'opacité ayant commencé par la partie antérieure ou postérieure de la capsule cristalline. *Janin* pouvait ne point penser ainsi, lui qui croyait que cette membrane était formée de deux tuniques ou calottes contiguës par leurs limbes ; mais, aujourd'hui qu'il est prouvé qu'elle est partout continue, je suis intimement persuadé que l'opacité, commençant par l'une ou l'autre face, doit finir, après un temps plus moins long, par envahir la totalité. La division admise par cet auteur ne consiste donc, à mon avis, qu'en deux degrés d'une même espèce : le siége de la maladie ayant toujours servi à établir les espèces, je ne vois pas sur quoi on s'est fondé pour en faire une à part de la réunion de plusieurs.

La première espèce, celle connue, comme je l'ai dit plus haut, sous le nom de *cristalline*, est la plus commune de toutes. *Wensel* prétend même qu'on en trouve quatre-vingt-dix-huit sur cent ; elle est d'un blanc mat.

La seconde espèce, désignée sous le nom de *membraneuse* ou *capsulaire*, est très-rare, d'après M. *Hoin*. En 1722 (Mém. de l'acad. de Chirur.) *Lapeyronie* et *Morand* reconnurent, avec la cataracte ordinaire, et qui consiste dans l'opacité du cristallin, une autre espèce de cataracte occasionée par l'opacité de la membrane cristalline ; elle est, d'après la remarque de quelques auteurs, d'une teinte argentée et comme moirée ; je la considère ici comme primitive ; elle peut être aussi secondaire : je parlerai plus loin de cette dernière, qui est incomparablement plus commune.

La troisième espèce, celle caractérisée par un défaut de transparence de l'humeur de *Morgagny*, quoique également fort rare dans son état de simplicité, tel que je l'énonce, ne doit cependant pas être rejetée ; car un grand nombre d'observations bien détaillées et authentiques en prouvent l'existence d'une manière évidente ; elle se montre aux yeux de l'observateur sous l'apparence de pus, et a été aussi appelée *purulente* par certains nosographes ; elle est aussi désignée dans quelques ouvrages sous le nom de *cataracta interstitialis*.

Le volume, la forme, la couleur, la consistance, etc., me serviront à distinguer les variétés.

On a observé des cristallins considérablement hypertrophiés, et présentant toujours alors un état de mollesse, tel qu'ils se laissaient facilement écraser sous le doigt qui les pressait; d'autres, au contraire, pourraient être dits atrophiés : il n'en reste plus que le noyau primitif qui, même, d'après certains auteurs, a quelquefois entièrement disparu; et ils expliquent ce phénomène par l'action absorbante des humeurs de l'œil. *Janin* demande, à cet égard, si l'on ne pourrait point croire, au contraire, que ces individus eussent toujours existé sans cristallin. Ce corps, assez ordinairement, est d'autant plus dense qu'il est plus petit.

Il peut être rond comme dans les poissons, et se rapproche alors beaucoup des vers vésiculaires; on lui a donné pour cela le nom de *cristallin hydatiforme;* le diamètre antéro-postérieur peut-être, au contraire, fort diminué; c'est l'état normal de celui des oiseaux.

M. *Ténon* cite une observation dans laquelle il est dit que le cristallin présentait à sa partie antérieure un prolongement qui faisait saillie à travers la pupille.

Sous le rapport de la couleur, les cataractes offrent des variétés très-nombreuses : ainsi le cristallin peut être blanc, jaunâtre, nacré ou légèrement bleuâtre; présenter une teinte rouge ardoisée et même noire; la nuance est uniforme, ou bien elle est plus foncée vers le centre; des points transparens sont comme isolés au milieu d'un cristallin parfaitement opaque; au lieu de points ce sont quelquefois des lignes droites ou courbes. On a fait de ces différentes variétés des cataractes striées, étoilées, arborisées, etc.

Une variété admise par M. *Jules Cloquet*, et désignée par cet auteur sous le nom de *cataracte à trois branches*, consiste dans trois lignes blanches, opaques, droites, assez larges, qui partent de la circonférence du cristallin, viennent se réunir à son centre, et partagent ce corps en trois parties parfaitement égales. Cette maladie dépend de l'obscurcissement, ajoute toujours M. *Cloquet*, auquel

j'emprunte cette description de l'humeur qui sépare les trois pièces principales, par lesquelles les lames extérieures du cristallin se développent constamment chez l'homme.

La consistance peut varier depuis une extrême liquidité jusqu'à une solidité qu'on pourrait comparer à celle d'un os; comme je l'ai remarqué plus haut, le volume est en raison directe de la molesse.

On a rectifié, d'après une longue suite d'observations, une erreur dans laquelle sont tombés un grand nombre d'auteurs, savoir : que plus les cataractes vieillissaient, disaient-ils, plus elles acquéraient de consistance; plus, au contraire, elles datent de loin, plus elles perdent de leur densité.

Je ferai également remarquer, quoique ce ne soit peut-être pas ici la place, qu'il est inexact de dire qu'en vieillissant, et seulement en vieillissant, la capsule cristalline acquiert des adhérences avec la face postérieure de l'iris.

On a admis des cataractes pétrifiées; si le mot *pétrification* était pris dans sa véritable acception, je dirais que l'opinion de M. *Cuvier* est qu'il n'existe pas de fossiles humains; mais je pense qu'il en est des cristallins pierreux comme des polypes utérins, qu'on a dit, sans pouvoir en montrer, se transformer en pierres.

La cataracte peut être fixe ou mobile; on la voit alors, dans ce dernier cas, osciller derrière la pupille aux moindres mouvemens de l'individu : elle a reçu le nom de *branlante;* on en reconnaît trois variétés suivant que, 1°. les petits ligamens, d'une nature particulière, qui joignent le cristallin aux procès ciliaires sont rompus; 2°. que la cataracte, étant laiteuse, renferme des flocons albumineux, qui sans cesse en mouvement, font à chaque instant varier l'apparence de la maladie; 3°. ou enfin, que la capsule a contracté des adhérences avec la partie postérieure de l'iris.

Elle peut aussi être primitive ou secondaire; je ne parlerai ici que de cette dernière, ayant traité de l'autre précédemment. La cataracte secondaire, cristalline ou membraneuse, est celle qui se développe

souvent à la suite de l'abaissement et quelquefois après l'extraction. *Janin* prétend qu'en suivant le précepte qu'il donne, de largement ouvrir la capsule lorsqu'on opère par la méthode de l'extraction, on n'a pas à craindre cette suite fâcheuse.

Il ne faut pas confondre, comme le fait remarquer M. *Hoin*, dans un mémoire inséré dans ceux de l'Académie de chirurgie, avec la cataracte secondaire celle que *Valsalva* a observée, et dont il est fait mention dans l'édition de ses œuvres publiées par *Morgagni :* c'était certainement une cataracte membraneuse, dit-il, compliquée avec une glaucomatique ; on ne put les abaisser, on déchira la capsule, on brisa le cristallin ; il se fit une dissolution de l'un, et l'autre contracta des adhérences avec la membrane hyaloïde.

Je vais supposer un cas qui peut-être ne s'est jamais présenté, mais qui cependant n'est pas impossible. Un malade a la cataracte ; on l'opère par extraction ; un fluide laiteux s'échappe aussitôt après l'introduction de l'aiguille dans la capsule; c'est l'humeur de *Morgagni* qui était altérée; le cristallin et la capsule sont intacts, on n'y touche pas. Le malade y voit bien, mais, à deux ou trois mois de là, il vient de nouveau réclamer des soins ; on reconnaît une autre cataracte, qu'on devra nommer *secondaire ;* on propose de nouveau l'opération, et elle est encore acceptée ; on extrait cette fois le cristallin, qui seul est opaque : l'individu se croit guéri, comme il le pensait après sa première opération, parce qu'il distingue bien tout ce qu'on lui présente ; mais, à la levée de l'appareil, l'opérateur, qui est bien sûr d'avoir extrait le cristallin, reconnaît pour la troisième fois une cataracte qui, bien certainement, consiste en l'opacité de la membrane cristalline. Si jamais ce cas se présentait, on pourrait, je pense, désigner cette troisième cataracte par le nom de *tertiaire.*

Wenzel a proposé de nommer *cataracte lymphatique* celle qui résulte de parcelles du cristallin qui, après l'opération par extraction, se sont cantonnées pour quelque temps dans la circonférence de la capsule, et sont venues ensuite s'agglomérer vis-à-vis la pupille : il sera facile de la distinguer de celle dite *capsulaire,* cette dernière étant

presque toujours précédée de fortes douleurs et d'inflammations condérables.

La cataracte peut être simple ou composée : j'ai dit ce que j'entendais par *cataracte simple ;* cette maladie sera pour moi *composée*, toutes les fois que les deux ou trois espèces établies se trouveront rassemblées.

Un individu cataracté n'est pas à l'abri des autres affections des yeux ; ainsi il peut lui survenir une amaurose, une ophthalmie, un albugo, etc. Telles sont, je pense, les seules et vraies complications de la cataracte.

Causes. L'hérédité est, à juste titre, placée au nombre des causes de la cataracte. Entre mille exemples que je pourrais citer à l'appui de cette opinion, je prendrai le suivant : mon père opéra, en 1821, à Argentan, département de l'Orne, quatre sœurs, mesdames Denisière, Folie, Duval et Bourget ; la mère et l'aïeule étaient mortes cataractées.

Les hommes et les femmes y sont également exposés.

Cette maladie est presque toujours acquise ; de nombreuses observations prouvent cependant qu'elle peut être de naissance. En août 1821, mon père opéra, à Nantes (Loire-Inférieure), deux aveugles-nés, Jean et Marie Robinot, âgés, le frère de vingt et un ans, et la sœur de dix-huit : tous deux, d'une constitution lymphatique, avaient les cheveux blonds, les yeux bleus, et présentaient l'un et l'autre des mouvemens convulsifs dans les paupières. L'opération fut couronnée du plus heureux succès : les cataractes étaient laiteuses et membraneuses. Le père de ces jeunes aveugles, ce qui confirme encore l'opinion ci-dessus énoncée, avait été opéré de la cataracte avant son mariage : il n'a eu que ces deux enfans.

Petit, de Lyon, a remarqué que presque tous les aveugles de naissance qu'il a eu occasion d'observer avaient les yeux bleus ; *Gleize*, au contraire, d'après une longue série d'observations, a conclu que

les personnes qui avaient les yeux bruns, et celles qui s'en rapprochaient davantage étaient plus exposées à la cataracte.

J'observerai que cette mobilité des paupières que j'ai notée dans l'observation que je viens de rapporter, est un fait presque constant chez tous les individus qui n'ont jamais joui du sens de la vue.

M. *Jules Cloquet* prétend avoir vérifié, par plusieurs dissections, que presque toutes les cataractes congéniales sont laiteuses. Ces résultats, ajoute plus loin le même auteur, sont entièrement opposés aux observations de *Saunders*, qui assure que le plus grand nombre de cataractes de naissance qu'il opère à l'infirmerie de Londres sont membraneuses.

Il est trop bien prouvé que plus on avance en âge, plus on est disposé à la cataracte, pour qu'il soit nécessaire d'en citer ici des exemples ; il n'en est cependant pas ainsi pour tous les animaux.

L'ossification de la branche que l'artère centrale de la rétine envoie à la face postérieure du cristallin doit-elle être considérée comme cause? Quelques praticiens l'affirment, d'autres le nient.

La syphilis, maladie si extraordinaire dans ses effets, a, dit-on, quelquefois déterminé le genre de cécité qui nous occupe.

Les affections rhumatismales, non moins extraordinaires, ont également, selon quelques auteurs, été mises au nombre des causes de la cataracte. On n'a pas, je crois, fait la distinction suivante, que j'ai eu occasion de vérifier deux fois : c'est que la capsule cristalline avait, dans ce cas, toujours perdu sa diaphanéité. Était-elle devenue opaque antérieurement ou postérieurement au cristallin, qui, pareillement, n'était plus transparent? Je l'ignore; mais je ne puis m'empêcher de faire cette remarque, que le vice rhumatismal, selon M. *Andral*, détermine bien plus souvent l'inflammation de la membrane qui entoure le cœur que celle de ce dernier organe.

Quelques écrivains prétendent que le vice scrophuleux, la suppression des règles, des hémorrhoïdes, d'anciens ulcères, etc., pourraient ne pas être étrangers au développement de la cataracte : toutefois ces dernières causes, ainsi que les deux précédentes, sont loin

d'être généralement admises comme telles ; et on ne les a supposées à cette affection, d'après un grand nombre d'auteurs, que comme on l'a fait dans la plupart des maladies sur l'origine desquelles il y avait incertitude.

Nul doute que des ophthalmies souvent répétées ne déterminassent l'opacité du cristallin.

Les affections vives de l'âme ont quelquefois donné lieu à la cataracte : un notaire du département de ***, soupçonné de faux en écriture, en ressentit une si profonde émotion, qu'il devint subitement aveugle.

Les auteurs rapportent des exemples d'hommes qui, à la suite de repas où ils s'étaient enivrés, sont devenus subitement cataractés.

On a vu cette maladie être la suite de fièvre.

Une lumière vive est une des causes les plusordinaires de la cataracte (MM. *Bëer*, *Demours*, etc., etc.) : j'ai bien entendu dire que le soleil avait déterminé des amauroses, mais je n'ai vu nulle part que les personnes assez imprudentes pour considérer cet astre fussent devenues, à cause de cela, cataractées. Pourquoi donc voudrait-on que le feu (pris toujours pour exemple), lequel certainement est fort loin d'être aussi brillant que le soleil, déterminât une maladie que le prototype des corps lumineux n'a peut-être jamais causé.

Les verriers, les plombiers, les forgerons, etc., et, en général, tous les individus forcés par leur état à se trouver exposés à une forte chaleur (mais non pas à une lumière vive comme on le dit), y sont très sujets : M. *Ténon* a vu un potier entrer dans son four, encore chaud, et en ressortir avec deux cataractes complètes.

D'après les recherches récentes et les relevés numériques de M. *Parent-Duchâtelet*, il paraît certain que les professions dans lesquelles les yeux sont long-temps fixés sur des objets très-fins n'ont pas d'influence sur le développement de la cataracte.

Des coups portés ou sur la tête ou sur les yeux ont quelquefois décidé des cataractes qui se sont, même dans ce cas, formées avec une extrême promptitude. M. *Bëer* explique cette formation subite en

disant que les moyens d'union entre le cristallin et sa capsule se rompent par l'effet même du choc porté soit sur le globe de l'œil, soit sur les parties attenantes.

Une pression légère peut ne pas toujours être sans inconvéniens : *Lassus* rapporte l'observation d'un homme chez lequel un baiser appliqué sur l'œil détermina la formation d'une cataracte.

La vapeur de l'acide nitrique, dirigée pendant quelques temps sur cet organe, finirait par obscurcir non-seulement le cristallin et sa capsule, mais encore toutes les autres membranes.

M. *Chénévix* donne l'explication suivante sur la formation de la cataracte : l'albumine, d'après cet auteur, aurait été coagulée par de l'acide phosphorique qui se serait produit dans l'œil malade. (Chimie médic., par M. *Orfila.*)

On attribue la cataracte qui affecte si généralement les Turcs à l'usage fréquent du riz : « Quant à moi, dit M. *Bëer*, j'en trouve plutôt la cause dans celui de l'opium; autrement cette sorte de cécité devrait être plus commune en Italie. »

Le même auteur prétend que l'œil droit est plus souvent affecté que le gauche; *Borelli* croit le contraire : que ce soit, au reste, l'un ou l'autre, les deux finissent presque toujours par perdre la faculté de voir lorsque la cataracte se développe spontanément.

Je ne sais si on doit en accuser les soucis, les chagrins, la mauvaise nourriture, enfin les privations de toute espèce auxquelles sont exposés les malheureux; mais il est de fait qu'on trouve beaucoup plus d'indigens aveugles que de gens fortunés.

L'inflammation des organes digestifs a certainement une action directe sur toutes les maladies des yeux en général; *Bëer*, dans son Traité d'hygiène, le fait remarquer; *Gleize* l'avait aussi observé, et, depuis, un grand nombre d'auteurs l'ont prouvé. M. *Demours* a vu la cataracte précédée d'une hépatite; je pourrais citer plusieurs observations où une gastrite fut bien évidemment cause déterminante; et, si l'on n'admettait pas cette manière de voir, comment expliquerait-on l'expérience suivante, qui me paraît tout à fait concluente en faveur de

cette opinion : « Je ne sais jusqu'à quel point, observe M. *Tartra*, les lésions de l'œil peuvent influer sur les organes de la digestion ; mais M. *Dupuytren* a constamment vu devenir aveugles des chiens auxquels il a extirpé la rate. »

Formation. Une diminution lente, mais progressive de la vue est le premier ou un des premiers symptômes que les malades ordinairement accusent; d'autres se plaignent en même temps de légers nuages répandus sur les corps qui les environnent, de corpuscules voltigeant continuellement, de mouches mobiles et de filamens montant et descendant sans cesse, etc. M. *Demours* regarde ce dernier signe comme très-équivoque; il assure avoir vu des personnes en être atteintes pendant fort long-temps, et ne point être menacées de la cataracte.

Que la maladie, au reste, ait pour signe précurseur tel ou tel symptôme, le malade deviendra toujours myope et nyctalope. L'explication de ce phénomène est fort simple: l'opacité n'occupant d'abord que le centre du cristallin, comme l'a fait observer *Sabatier*, les rayons lumineux pourront encore passer à travers la circonférence diaphane de ce corps laissé à découvert par la dilatation de l'iris.

Après un temps plus ou moins long, mais qu'il est impossible de fixer, l'individu cataracté finira par en venir au point de ne pouvoir plus distinguer que les vives couleurs. A ce terme le cristallin paraît, à travers la pupille, d'un blanc mat : je prends pour exemple le cas le plus ordinaire, car j'ai dit plus haut que la cataracte pouvait être grise, ardoisée et même noire ; et, dans ce cas, la pupille serait alors de la couleur du cristallin. Quelque intense que soit l'opacité de ce corps, il n'empêchera cependant pas que l'organe immédiat de la vision ne soit toujours un peu sous l'influence de la lumière : à la vérité, un beau jour sera nécessaire; mais cette condition ne détruit pas ce que j'avance, ce qui, au reste, est confirmé par l'observation. De nyctalope, comme on le voit, qu'était le malade au début et pendant les progrès de la maladie, il deviendra héméralope.

Signes diagnostiques de la cataracte. Dans la pluralité des cas, la pupille a changé de couleur : blanche ordinairement, elle peut présenter à l'observateur des nuances susceptibles de varier jusqu'à l'infini ; *Guy de Chauliac* en avait admis jusqu'à quatorze.

La cataracte peut être noire, comme je l'ai dit ; j'ajouterai ici que ce cas est extrêmement rare. Depuis vingt-cinq ans que mon père exerce, il n'a encore eu occasion d'en observer qu'une seule. Une cécité complète, l'immobilité absolue de l'iris, une grande dilatation de la pupille, les prodromes quelquefois, plus souvent l'invasion brusque et les progrès rapides de l'amaurose pourraient, je pense, servir à différencier la cataracte noire de la goutte sereine. Le professeur *Chaussier* ajoute aux moyens ci-dessus indiqués celui d'instiller dans les yeux de l'extrait liquide de belladone ; médicament qui, d'après ce professeur, sera sans effet si l'individu est affecté d'amaurose, et dilatera largement, comme on le sait, la pupille, s'il est cataracté.

Si, dans un cas de cataracte, la capsule venait à exhaler une plus grande quantité de l'humeur de *Morgagni*, n'en résulterait-il pas un prolongement de cette capsule à travers l'iris, et dès-lors l'immobilité de cette dernière membrane ? Si, à cette complication, on ajoute celle dont je viens de parler à l'instant, le cas pourrait être embarrassant ; cependant il n'y aurait pas cécité complète, etc. ; et, en procédant par voie d'exclusion, on finirait par arriver, je pense, à un diagnostic aussi sûr que possible.

Un corps de couleur légèrement bleuâtre, placé derrière l'iris, ayant quelque rapport avec la nacre, et de forme convexe, d'après les auteurs, est le seul signe qui puisse faire soupçonner que l'opacité a son siége dans la partie antérieure de la capsule. Quand, au contraire, l'opacité, ce qui est plus rare, comme le remarque *Scarpa*, envahit la partie postérieure, ce corps est blanchâtre, placé plus profondément et de forme concave : j'ajouterai de plus que l'obscurcissement commence assez ordinairement par le pourtour de la capsule, ce qui est le contraire, comme je l'ai dit pour le cristallin.

Il est certain, quoique M. *Wenzel* fils, dans son Traité de la cata-

racte, prétende le contraire, que la face antérieure de la capsule est plus souvent opaque que la partie postérieure. L'explication suivante me paraît assez rendre raison de ce phénomène : elle reçoit en arrière (la capsule), dit M. *Hyppolite Cloquet*, une petite branche de l'artère centrale de la rétine, et en avant quelques ramifications des vaisseaux des procès ciliaires. *Rhuisck*, *Sœmmering*, M. *Démours*, vont plus loin : ils ne disent pas que la face antérieure ne reçoit que quelques ramifications; mais ils prétendent, au contraire, que cette partie n'est pour ainsi dire qu'un lacis inextricable de vaisseaux. Les conclusions à tirer ne sont-elles pas alors claires et précises? N'est-ce pas un fait prouvé en pathologie, que plus un organe est sous l'influence des capillaires, plus aussi il est exposé à s'enflammer.

Les ophthalmies, ce qui vient encore à l'appui de mon opinion, ne sont-elles pas plus rebelles au côté interne de l'œil? N'est-ce pas toujours aussi au côté interne que les ptérygions se manifestent? Or, à quoi tiendraient ces phénomènes, pour ainsi dire constans, si ce n'était à cela que l'artère ophthalmique va se perdre à la face orbitaire du muscle droit interne.

Je reviens à mon sujet : une couleur cendrée pourra faire supposer que le diamètre antéro-postérieur du cristallin a très-peu d'étendue.

La cataracte branlante est ordinairement liquide.

D'après *Scarpa*, l'opérateur doit se trouver, dans tous les cas, prompt et disposé à employer le manuel qui convient à chaque espèce de cataracte qui se présente dans l'action même de l'opération. Or, le précepte que donne ici ce célèbre chirurgien ne signifie-t-il pas, en d'autres termes, qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître telle ou telle espèce.

En supposant, au reste, qu'on y parvînt, ce dont je doute fort, je n'y verrais pas un grand avantage; et, pénétré de cette idée, je me dispenserai de passer en revue toutes les variétés admises plus haut.

Prognostic Une maladie, quelle qu'elle soit, est toujours une chose fâcheuse : de nombreuses chances de succès peuvent cependant

mettre la cataracte au nombre de celles dont le prognostic est favorable.

Je vais passer en revue les signes donnés par les auteurs comme indiquant les circonstances les plus avantageuses à l'opération ; je ferai dans ce même paragraphe ressortir, autant qu'il me sera possible, les cas qui me sembleront contr'indiquer tout traitement chirurgical.

Le malade devra distinguer la lumière des ténèbres ; conséquemment l'iris devra être mobile. Cette membrane cependant, a-t-on dit, recevant ses nerfs du ganglion ophthalmique et du nerf nasal, branche de l'ophthalmique, pourrait être paralysée, par conséquent immobile, et la rétine être parfaitement saine. Je n'aborderai pas la question de savoir si c'est bien réellement la rétine qui est l'organe immédiat de la vision ; mais j'observerai que M. *Magendie*, en coupant les nerfs de la cinquième paire, a rendu aveugles les animaux sur lesquels il expérimentait. Sauf les cas que j'ai mentionnés plus haut, où le cristallin serait hypertrophié, l'humeur de *Morgagny* en excès, ou enfin la membrane cristalline adhérente à l'iris, je penserais que l'immobilité de cette membrane est une contr'indication.

Le malade serait affecté d'ambiopie si l'on opérait un seul œil cataracté, l'autre jouissant de la faculté de voir. On n'a pas, je pense, assez tenu compte de l'habitude que l'individu privé de cristallin finit par acquérir. J'en ai pesé un certain nombre avec le plus d'exactitude qu'il m'a été possible, et je n'ai jamais trouvé une égalité de poids entre ces corps pris dans l'œil droit et dans l'œil gauche d'une même personne ; je le demande alors, n'était-ce pas à l'habitude qu'elles étaient redevables de ne pas avoir la vue trouble ?

Si une cataracte existait depuis un certain temps, on devrait opérer, dans la crainte que l'organe immédiat de la vision, privé de l'influence de la lumière, ne s'affaiblît et ne se paralysât. Si ces craintes sont fondées, elles souffrent du moins de nombreuses exceptions. M. *Demours*, dans son ouvrage sur les maladies des yeux, donne les observations de plusieurs individus qu'il a opérés avec succès, quoi-

que affectés de cataracte depuis soixante-dix et même quatre-vingts ans.

Les douleurs de tête devront être, sinon toujours, du moins souvent considérées comme de fâcheux augure.

En terminant cet article, je proposerai pour règle que toute fonction dérangée devra être primitivement rétablie avant de songer à l'opération. Ainsi, quoique l'auteur que je viens de citer, M. *Démours*, dise avoir opéré et guéri des malades qui lui avaient présenté, les uns des taies, des phlegmasies aiguës ou chroniques des membranes de l'œil; les autres, des ulcérations du bord libre des paupières, des fistules lacrymales et même des amauroses, etc., je n'en penserai pas moins que ces cas heureux devront être considérés comme exceptionnels, et qu'il serait dangereux de les offrir comme règle générale.

Avant de parler du traitement, plusieurs questions se présentent : premièrement, est-il possible de guérir avec des soins et des médicamens un individu entièrement cataracté? *Heister*, réfutant les observations de quelques écrivains de son temps (d'*Hovius* entre autres), qui auraient répondu affirmativement à ma question, les traite, dans la chaleur de la polémique, d'impudens et d'imposteurs. Secondement, peut-on prévoir que telle personne sera attaquée de la cataracte, sur tels ou tels symptômes qu'elle éprouvera? S'il me fallait répondre à cette question, malgré l'autorité de *Scultet*, qui prétendait prévenir cette maladie en introduisant dans les yeux du fiel de brochet mêlé avec du sucre, je ne balancerais pas encore à répondre négativement.

A voir cependant l'interminable liste des médicamens indiqués par les auteurs, n'est-on pas porté à se demander s'il est possible qu'une maladie résiste à tant de drogues?... Eh, c'est justement leur grand nombre qui est une preuve du peu de confiance qu'ils méritent. La saignée, les ventouses simples et scarifiées, le séton, le cautère, les vésicatoires, les fumigations, l'électricité, etc., ont été mille et mille fois employés. Et quels avantages en a-t-on retirés?... Mais poursuivons : les émétiques, les purgatifs, les sudorifi-

ques, les sternutatoires, l'euphraise, les cloportes, la coquelourde, le calomélas, recommandé par *Bell;* l'extrait d'aconit, de quinquina, de jusquiame, tant vanté par *Sauvages;* celui de ciguë, donné par *Stoërk* comme spécifique, etc., etc., n'ont-ils pas été également tour à tour portés aux nues et abandonnés?

Le mercure cependant est considéré comme infaillible par les auteurs qui ont rangé la syphilis parmi les causes de la cataracte. « Des autorités assez graves, dit *Maître-Jean*, m'avaient fait croire autrefois que les cataractes dépendantes du vice vénérien pouvaient céder à l'usage du mercure; mais des observations multipliées, que j'ai eu occasion de faire depuis, m'ont absolument détrompé, et m'ont convaincu qu'elles étaient aussi rebelles à toutes espèces de remèdes que les autres. »

Je ne sais s'il y aurait une grave omission à ne point parler de l'usage long-temps continué de l'eau magnétisée, qui, si l'on en croit quelques individus, serait une véritable panacée contre toutes les maladies d'yeux.

Concluons : soustraire la personne affectée à toutes les influences qui ont pu favoriser le développement de la cataracte, et combattre les causes internes qui existent quelquefois simultanément, seront les seuls moyens que nous croirons devoir employer.

Quelques questions inhérentes à l'opération me paraissent devoir encore être examinées avant de parler du manuel opératoire, qui, en définitive, est l'unique moyen curatif auquel on doive recourir.

Premièrement, tel ou tel âge exclut-il l'opération? Lorsque la cataracte est congéniale, ou qu'elle date des premières années de la vie, la majeure partie des praticiens pensent qu'il faut attendre un âge raisonnable, et que, surtout, le jeune malade manifeste le désir de voir. M. *Saunders*, s'appuyant sur ce que le sens de la vue est d'une utilité indispensable à l'éducation physique et morale des enfans, croit, au contraire, qu'il faut opérer à tout âge : il cite plusieurs succès obtenus sur des enfans de dix-huit mois, deux, trois et quatre ans.

Un âge non décrépit, mais avancé, présente peut-être plus de chances

de succès que toute autre époque de la vie : les différentes parties de l'œil étant moins susceptibles de s'enflammer, on doit alors beaucoup moins appréhender les suites d'une opération aussi simple que facile à pratiquer.

Secondement, est-il une époque de l'année qui doive être choisie de préférence à telle autre? Peut-être pourrait-on, à la rigueur, opérer et réussir dans toutes les saisons; cependant M. *Roux* choisit le printemps et l'été, motivant sa manière d'agir sur ce que les affections catarrhales et autres inflammations, si contraires au succès de l'opération, sont beaucoup plus fréquentes dans les deux autres saisons, l'automne et l'hiver.

Troisièmement, doit-on faire indistinctement subir un traitement préparatoire à tous les malades qu'on a reconnu être, toutes choses égales d'ailleurs, dans les circonstances favorables pour être opérés? *Wenzel* croit que dans les cas ordinaires il suffit de faire prendre au malade, la veille de l'opération, un ou deux bains de pieds et le même nombre de lavemens, si le ventre n'est pas libre.

M. *Roux* a l'habitude de faire, dans tous les cas, diminuer graduellement les alimens des malades qu'il veut opérer, de les mettre à l'usage d'une tisane légèrement laxative, de leur faire prendre quelques lavemens, et de leur prescrire, deux ou trois jours avant l'opération, un bain de pieds matin et soir.

Quatrièmement, faut-il opérer le même jour les deux yeux, ou bien mettre un intervalle entre chaque opération? M. *Boyer* veut qu'on opère les deux yeux à la fois, et voici sur quoi il se fonde : s'il survient des accidens, il est rare qu'ils attaquent les deux yeux avec la même intensité : si l'on n'opère qu'un seul œil, et qu'il survienne de l'inflammation, l'autre peut sympathiquement en être affecté; mais, supposé que la première opération ait réussi sans contre-temps, lorsqu'on pratiquera la seconde, le premier œil sera exposé de nouveau à l'inflammation; l'affaiblissement qui survient quelquefois après l'opération dépendant souvent, pour ne pas dire toujours, d'une amaurose, la paralysie n'épargnera point l'œil non opéré, et alors

toute nouvelle opération deviendra inutile. Une dernière considération qui, certainement, n'est pas à dédaigner, ajoute toujours M. *Boyer*, c'est que, si le malade est d'un âge très-avancé, il faut le moins possible retarder le peu de temps qui lui reste à jouir des avantages de l'opération. D'autres praticiens croient plus avantageux d'attendre que les accidens déterminés par la première opération soient entièrement dissipés pour pratiquer la seconde.

Cinquièmement, quelle méthode doit-on choisir (question depuis long-temps proposée, souvent discutée, et nullement résolue) ? Motiver mon choix sera ce que j'aurai uniquement en vue en répondant à cette question :

Quelle méthode présente le plus de difficultés à l'opérateur? *Wenzel* aurait répondu l'abaissement, *Scarpa* l'extraction. Le difficile de l'opération n'est donc que relatif.

On doit considérer comme un très-grand avantage la facilité de répéter, sans courir aucun danger, deux ou trois fois l'opération sur le même œil. (*Scarpa.*) M. *Boyer* pense qu'il n'est pas aussi indifférent que le prétend l'auteur que je viens de citer d'introduire plusieurs fois l'aiguille dans l'œil. Comme le plus grand nombre des personnes qu'on opère sont d'un âge avancé, je demanderai s'il est tout à fait innocent pour un vieillard de réitérer un traitement qui est très-débilitant : détruire la santé d'un individu pour lui rendre la vue, je n'oserais pas dire qu'il y a compensation.

L'écoulement de l'humeur aqueuse est une conséquence de la section que l'on fait à la cornée. *Volcher-Coyter* a prouvé, et, depuis, tous les chirurgiens qui ont exécuté l'opération de la cataracte ont pu vérifier que cette humeur se régénère avec la plus grande promptitude : ce n'est donc pas un inconvénient, comme le disent les partisans de l'abaissement.

Quelque heureux qu'ait été, d'après M. *Tartra*, le résultat de l'opération faite par extraction, la vue de l'individu se troublera *toujours* les deux ou trois premiers mois à partir du moment où on aura extrait le corps opaque qui empêchait la vision. Ce fait vrai, et mille

fois confirmé par l'observation, me paraît cependant être un argument plutôt spécieux que solide en faveur de l'abaissement.

Zinn, *Sabatier*, M. *Boyer*, et, je pense, tous les anatomistes, sont d'accord sur les changemens de couleur qu'éprouve l'humeur aqueuse aux différentes époques de la vie; rougeâtre dans le fœtus, elle devient parfaitement transparente chez les adultes, pour enfin prendre un aspect trouble dans un âge avancé. Cela posé, je supposerai l'opération pratiquée sur un vieillard; cette humeur régénérée avec beaucoup de promptitude, comme je l'ai dit, sera-t-elle jaunâtre, comme le comporterait l'âge de l'individu? Non, mais elle sera au contraire très-diaphane; et jusqu'à ce qu'elle ait en quelque sorte vieilli pour se mettre en rapport d'âge avec les parties environnantes, la vue ira toujours un peu en diminuant.

Ce qui, je pense, milite encore en faveur de cette hypothèse, c'est que ce phénomène, constant chez la majeure partie des personnes âgées, ne l'est plus si le sujet opéré est jeune, vigoureux et bien portant.

Cette variation dans la vue ne doit pas avoir lieu, et n'arrive effectivement point dans l'opération par abaissement.

L'iris, cédant à l'impulsion du cristallin et du corps vitré, qui tendent à se porter vers l'endroit qui leur présente le moins de résistance, vient quelquefois former hernie entre les lèvres de la plaie faite à la cornée, complication, au reste, plus désagréable pour l'opérateur que fâcheuse pour le malade, et qu'on peut éviter en observant les préceptes suivans : ne jamais inciser la capsule en même temps que la cornée, comme le faisait *Wenzel;* avoir soin de faire pencher la tête du malade en arrière au moment de l'opération, comme le recommande *Celse*, et ne pas faire l'incision trop près de la sclérotique. On évitera également, en suivant ce dernier moyen, le décollement de l'iris et les vomissemens, grave résultat reproché avec bien plus de justesse à la méthode de l'abaissement. Ce dernier phénomène, les vomissemens, n'a lieu, dans l'opération par extraction, que lorsqu'on touche au cercle ou aux procès ciliaires. Je ferai encore remarquer

ici la corrélation, notée plus haut, qui existe entre les yeux et les organes digestifs.

Quelle est la méthode la plus douloureuse? Si l'on analyse le nombre des parties lésées dans l'une et l'autre, la balance évidemment penchera pour l'extraction.

L'inflammation est-elle plus à craindre à la suite de cette dernière méthode qu'après l'abaissement? Dans la première, on fait une incision, dans la seconde une piqûre. Ces dernières plaies ont de tout temps été considérées comme plus dangereuses que celles faites par instrument tranchant : pourquoi ferait-on alors une exception pour l'œil?

La cicatrice, résultat constant de la section, est quelquefois si peu visible, qu'on a de la peine à l'apercevoir; se trouvant au pourtour de la cornée, elle ne peut gêner en rien la vision. Si l'on objectait la difformité d'une cicatrice, les lunettes, dont il est indispensable d'user après l'opération, en cachant tout l'œil de l'individu, répondraient à cet argument.

On a observé plusieurs fois que l'écoulement d'une portion, même considérable, de l'humeur vitrée pouvait avoir lieu impunément, et ne nuisait en rien au succès de l'opération. (M. *Boyer.*)

Le synésisis, ou l'occlusion de la pupille, qu'on a reproché à la méthode de *Daviel*, est bien plus souvent consécutif à celle des anciens. (*Wenzel.*)

Les cataractes secondaires, si fréquentes après l'opération par l'aiguille, ne peuvent être guéries que par l'extraction.

Si le cristallin est adhérent à la capsule, et celle-ci à l'iris, quelle méthode employer, l'abaissement? Non, l'opération serait impossible.

L'opération peut avoir été très-bien faite, et, quelque temps après, le cristallin remonter à sa place, et même de là passer dans la chambre antérieure : que faire dans ce cas, faut-il l'abandonner à l'action des vaisseaux absorbans? On le peut quelquefois, mais sa présence détermine souvent des douleurs si atroces (*Saint-Yves*, *Janin*, M. *Jules Cloquet* en rapportent des exemples), qu'on est obligé d'em-

ployer l'unique moyen pour faire cesser les souffrances, c'est-à-dire l'extraction; mais alors l'œil peut se vider : tel fut le cas de l'ermite de *Daviel.*

Les détails dans lesquels je suis entré avaient plutôt pour but, je le répète, de motiver le choix que je fais de l'extraction, que d'établir un parallèle entre les deux méthodes.

Le malade, préparé comme il a été dit, et que je suppose réunir les conditions qui peuvent faire augurer un heureux succès, il faut procéder à l'opération. Il sera assis (le malade) sur une chaise ordinaire, obliquement placée par rapport au jour, qu'il est essentiel de pouvoir modérer à volonté; l'œil qui ne doit pas être opéré le premier sera recouvert d'une compresse retenue en place par un tour de bande; ensuite la tête, inclinée en arrière et appuyée sur la poitrine d'un aide, qui relèvera la paupière supérieure avec l'index de la main droite, si c'est l'œil gauche qu'il doit tenir, sera encore assujétie et maintenue en place par l'autre main de ce même aide, passée sous le menton; l'opérateur, assis ou debout, se placera devant le malade, abaissant la paupière inférieure avec les deux premiers doigts de la main qui correspondront de nom avec l'œil laissé à découvert; il plongera parallèlement à l'iris le couteau de *Wenzel* ou de *Richter,* dont sa main droite devra être armée, si c'est l'œil gauche qu'il veut opérer, au côté externe et supérieur de la cornée, à une demi-ligne de la sclérotique, et ira, d'un seul temps, au côté opposé, percer, à égale distance de cette dernière membrane, la cornée à sa partie inférieure et interne; la personne chargée de soutenir la tête laissera glisser insensiblement et ne conduira pas avec le doigt, comme je l'ai vu faire, la paupière à mesure que la section s'achèvera; l'incision terminée, l'opérateur, après avoir fait quelques lotions d'eau fraîche sur les paupières, qu'il aura soin de recommander au malade de tenir fermées, remplacera l'instrument dont il se sera servi pour faire le lambeau à la cornée par l'aiguille à cataracte, qu'il introduira entre les lèvres de la plaie, afin d'aller ouvrir la capsule; le cristallin sortira de lui-même après quelques secondes, ou

obéira aux moindres pressions qu'on fera sur la partie supérieure et inférieure du globe de l'œil. Si l'on devait opérer les deux yeux, il ne faudrait ouvrir les capsules qu'après avoir incisé les deux cornées.

L'opération pourra être considérée comme entièrement terminée, si la pupille est d'un beau noir. Il sera toujours plus prudent de s'assurer, avant de mettre l'appareil, s'il ne reste point de ces petites parcelles du cristallin, appelées *accompagnemens de la cataracte* par *Maître-Jean*. Pour acquérir la certitude qu'il en existe, ou qu'il n'y en a pas, il ne s'agit que de faire, sur la paupière supérieure abaissée, quelques légères frictions avec la petite curette de *Daviel*, ou le doigt indicateur.

On est assez généralement dans l'habitude, tant pour la satisfaction de l'opérateur, que pour rassurer le moral de l'individu, d'engager ce dernier à considérer quelques corps de grande dimension. Ce ne serait cependant pas sans inconvénient qu'on prolongerait ces essais qui disposent toujours les parties mises en action à s'enflammer.

Un bonnet, deux compresses fines, sèches et soutenues par un bandeau qui ne puisse pas comprimer l'œil ni peser sur lui, constitueront tout l'appareil.

Le malade sera mis au lit et couché sur le dos, s'il a été opéré des deux yeux; sa chambre sera obscure; tout mouvement brusque, quel qu'il soit, pouvant lui être très-préjudiciable, le médecin aura soin de l'en avertir. S'il survenait de l'inflammation ou de la douleur, pour tout remède, la diète et les antiphlogistiques. Le régime suivant devra être observé les deux premiers jours, à partir de l'opération : alterner, d'heure en heure, un bouillon, soit de veau, soit de poulet, avec une tisane rafraîchissante, au choix du malade. Le troisième jour, on permettra un potage, si rien ne le contr'indique, et on augmentera graduellement les alimens, de telle manière que le malade se trouve, à la fin du mois, comme il était avant le traitement. On ne lèvera l'appareil que le huitième jour.

Il me reste une dernière question à examiner. Tout individu cataracté, qui ne voudra pas se faire opérer, aura-t-il pour toujours perdu l'espoir de recouvrer la vue? Oui, s'il espère que le cristallin opaque puisse redevenir transparent ; non, s'il compte sur un déplacement de ce corps. Exemple : le cas très-curieux de guérison spontanée rapporté par M. *Boyer*.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

II.

Mulieri, menstruis deficientibus, sanguinem è naribus fluere, bonum. *Sect.* 5, *aph.* 33.

III.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

IV.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt predictiones, neque salutis, neque mortis. *Sect.* 2, *aph.* 2.

V.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

VI.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.